

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA**

**COMPLICAÇÕES DA EPISIOTOMIA
NO PUERPÉRIO IMEDIATO**

FLORIANÓPOLIS, JUNHO/1988

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

**COMPLICAÇÕES DA EPISIOTOMIA
NO PUERPÉRIO IMEDIATO**

**TRABALHO REALIZADO DURANTE INTERNATO HOSPITALAR
(11ª FASE) DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.**

**MARIA DE FÁTIMA TERNES
RODRIGO A. P. MOZZAQUATRO**

ORIENTADOR: AFONSO M. B. DA SILVA

FLORIANÓPOLIS, JUNHO/1988

AGRADECIMENTOS

Ao médico *AFONSO M.B. DA SILVA* pela orientação prestada durante a realização deste trabalho.

INDICE

	<u>pág.</u>
- RESUMO	01
- INTRODUÇÃO	02
- MATERIAIS E MÉTODOS	04
- RESULTADOS	06
- DISCUSSÃO	10
- CONCLUSÕES	14
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
- ANEXO I	18
- ANEXO II	19

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo observar as complicações relacionadas com a episiotomia, que mais comumente ocorrem no puerpério imediato.

Foram analisadas 40 pacientes que tiveram parto normal na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis - S.C.. As pacientes foram reavaliadas 7 a 10 dias após o parto em ambulatório ou a domicílio.

Das 40 pacientes analisadas 24 apresentaram complicações após a episiotomia. As complicações observadas foram infecção local (14 casos) e deiscência de sutura (23 casos) que apesar de frequentes, não apresentam gravidade quando presentes. São necessários, porém, novos trabalhos para avaliar incidência e fatores relacionados com estas complicações.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo exploratório onde foram analisadas 40 mulheres, escolhidas aleatoriamente, que tiveram parto normal com episiotomia na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis. Neste estudo a porcentagem foi utilizada para demonstrar valores relativos, sem valor estatístico.

Todos os partos ocorreram em sala não asséptica, com cuidados habituais de assepsia e antissepsia (realizado com solução de iodo aquoso, descrita no anexo I), realizados por médicos-residentes, doutorandos ou parteiras, que trabalham ^{na} nesta maternidade.

Em todos os casos a episiotomia foi medio-lateral direita. A episiorrafia em plano mucoso foi feita com sutura contínua, pontos passados. Os planos muscular, subcutâneo e superficial da pele foram suturados com pontos separados. Foi utilizado em todos os planos catepute simples 0.

Os partos considerados contaminados (por evacuação ou outras causas), receberam prescrição de antibioticoterapia profilática. O antibiótico utilizado em todas as pacientes foi clo-ranfenicol, por via oral em dosagens preconizadas (500mg de 6 em 6 horas) por 7 dias.

As pacientes foram orientadas para controle ambulatorial no Hospital Universitário, entre 7º e 10º dia após o parto. Apenas 20 das pacientes estudadas retornaram. As 20 restantes foram avaliadas à domicílio.

A avaliação de ambos os grupos obedecem os seguintes critérios:

- intensidade da dor
- utilização de antibioticoterapia profilática, quando recomendada.
- condições locais da episiotomia.

Quanto à intensidade da dor, todas as pacientes foram submetidas a um questionário. A dor foi considerada importante quando foi muito valorizada pela paciente.

Considerou-se como uso correto de antibiótico quando a paciente obedeceu dosagem e tempo prescritos na maternidade.

As condições locais da episiotomia foram avaliadas por inspeção local e toque unidigital. Para facilitar posterior avaliação, quando ocorreu deiscência esta foi classificada em discreta, moderada e importante (conforme Anexo II).

Convém ressaltar que todas as pacientes residem na periferia de Florianópolis, possuem um baixo padrão sócio-econômico, com hábitos de higiene precários.

RESULTADOS

Das 40 pacientes incluídas neste estudo, 20 retornaram ao ambulatório. Destas 20, 15 (75%) apresentaram algum tipo de complicação relacionada com a episiotomia. O grupo observado a domicílio apresentou um número menor de complicações (9 pacientes em 20), conforme tabela I.

TABELA I - Complicações da episiotomia avaliadas em ambulatório e a domicílio.

LOCAL DE AVALIAÇÃO	PRESENÇA DE COMPLICAÇÃO		AUSÊNCIA DE COMPLICAÇÃO	
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
AMBULATÓRIO	15	75	5	25
DOMICILIAR	9	45	11	55

As complicações observadas foram deiscência de sutura e infecção local, associadas ou isoladas (tabela II).

TABELA II - Complicações observadas no puerpério imediato.

COMPLICAÇÕES	Nº CASOS	%
DEISCÊNCIA	10	25
INFECCÃO	1	2,5
DEISCÊNCIA + INFECCÃO	13	32,5
AUSENTES	16	40

Vinte e nove pacientes apresentaram contaminação durante o parto, o que representa 72,5% das 40 pacientes iniciais. Em 11 (37,9%) das pacientes contaminadas houve infecção local. Conforme tabela III, nas 13 pacientes não contaminadas, 3 apresentaram infecção.

TABELA III - Relação entre parto contaminado e presença de infecção no puerpério imediato.

CONTAMINAÇÃO	INFECÇÃO			
	PRESENTE		AUSENTE	
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
PRESENTE	11	37,9	18	62,1
AUSENTE	3	27,3	8	72,7

Apenas 22 pacientes contaminadas utilizaram antibioterapia corretamente. Dentre estas, 7 apresentaram infecção local. (tabela IV).

TABELA IV - Uso de antibiótico em partos contaminados e a presença de infecção, no puerpério imediato.

USO DE ANTIBIÓTICO	INFECÇÃO			
	PRESENTE		AUSENTE	
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
CORRETO	7	21,8	15	68,2
INCORRETO	4	57,1	3	42,9

Foram também observados 23 (57,5%) casos de deiscência nas 40 pacientes iniciais. A distribuição quanto ao tipo de deiscência foi demonstrada na tabela V.

TABELA V - Distribuição dos casos de deiscência quanto ao tipo.

DEISCÊNCIA	Nº CASOS	%
DISCRETA	13	56,5
MODERADA	6	26,1
IMPORTANTE	4	17,4

Dos 23 casos de deiscência 13 estavam associados à infecção. Do total de casos com infecção (14), 13 apresentam deiscência. (tabela VI).

TABELA VI - Relação entre infecção e deiscência no puerpério imediato.

INFECÇÃO	DEISCÊNCIA			
	AUSENTE		PRESENTE	
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
AUSENTE	16	61,5	10	38,5
PRESENTE	1	7,1	13	92,9

A queixa de dor no puerpério, relacionada com a incisão cirúrgica, ocorreu em 22 pacientes. Quando inqueridas a respeito da intensidade da dor, 13 pacientes relataram dor importante. (tabela VII).

TABELA VII - Presença de dor, distribuída quanto a intensidade relatada pela paciente.

DOR	Nº CASOS	%
AUSENTE	18	45,0
DISCRETA	9	22,5
IMPORTANTE	13	32,5

Apesar de ser um dado subjetivo e conhecendo as dificuldades para sua avaliação, foi observado que quando presente, a dor na maioria dos casos estava associada a outras complicações,

conforme tabela VIII.

TABELA VIII - Associação entre dor e presença de complicações.

DOR	Nº CASOS	%
ISOLADA	6	27,3
DOR + INFECCÃO	1	4,5
DOR + INFECCÃO + DEISCÊNCIA	10	45,5
DOR + DEISCÊNCIA	5	22,7

A associação da dor com complicações é válida principalmente quando a dor é considerada importante pela paciente. (tabela IX).

TABELA IX - Relação entre dor importante e complicações observadas.

COMPLICAÇÕES	DOR IMPORTANTE	
	Nº CASOS	%
INFECCÃO + DEISCÊNCIA	8	61,5
DEISCÊNCIA	2	15,4
INFECCÃO	1	7,7
ISOLADA	2	15,4

Quando a dor estava ausente, ou não existiam complicações ou estas não eram importantes. (tabela X).

TABELA X - Complicações observadas na ausência de dor.

COMPLICAÇÕES	AUSÊNCIA DE DOR	
	Nº CASOS	%
AUSENTES	10	55,6
DEISCÊNCIA DISCRETA	5	27,8
INFECCÃO + DEISCÊNCIA	1	5,6
DEISCÊNCIA MODERADA	2	11,1

DISCUSSÃO

Do total de pacientes examinadas, 24 apresentaram algum tipo de complicação. Este número é muito elevado quando comparado com a literatura. Reynolds et alii (1984) numa análise de partos ocorridos entre 1980 e 1984 em um centro obstétrico britânico encontraram uma incidência de complicações como infecção, deiscência e hematoma vulvar menor que 0,5%. Em um estudo de 181 primíparas, Harrison et alii (1984) não encontraram nenhum caso de infecção ou deiscência no puerpério imediato, apenas um caso de retenção urinária. De 99 pacientes que retornaram após 6 meses, apenas 4 tiveram algum tipo de complicação, porém nenhuma foi grave.

Convém comentar que as pacientes que retornaram ao ambulatório tiveram um número maior de deiscência e infecção que aquelas examinadas a domicílio (tabela I). Isto sugere que as complicações podem ter sido a causa principal destas mulheres retornarem ao ambulatório. Assim, o número de pacientes vistas no ambulatório pode não expressar o valor real do número de complicações na população geral. Torna-se, então, necessário incluir na avaliação pacientes que não retornaram ao ambulatório.

As complicações observadas no puerpério imediato foram infecção local e deiscência, associadas ou não, conforme demonstrado na tabela II. Este achado concorda com outros, citados por Reynolds et alii (1986) e Harrison et alii (1984).

Apesar da episiotomia ser realizada em região contaminada, a sua infecção não é comum, sendo vigente em 0,09 - 0,3% dos

casos, na grande maioria sem gravidade e raramente mortal (REZENDE et alii, 1982). Porém sabe-se que podem ocorrer casos de infecção muito grave, levando a necrose fascial e mionecrose, que quando não tratados apresentam elevado índice de mortalidade. Neste estudo, 14 pacientes apresentaram infecção local, sendo que nenhuma delas foi grave. Apesar de elevado, este número quando confrontado com a literatura, concorda com a mesma em relação à pouca gravidade destas complicações. Os dados da tabela III sugerem que o maior número de casos de infecção ocorre nas pacientes com parto contaminado. Nos partos contaminados nota-se que o número de casos de infecção é maior naquelas pacientes que não usaram o antibiótico corretamente (conforme tabela IV). Este resultado contraria um estudo anteriormente realizado com pacientes desta mesma maternidade, onde não houve diferença na incidência de infecção local com uso ou não de antibiótico, ou em partos contaminados ou não (PRÓLICO, 1984). Entretanto, convém ressaltar que os antibióticos usados nestes dois estudos não foram iguais. Assim, para concluir quanto à importância do uso do antibiótico no parto contaminado deveria ser realizado um estudo mais específico.

A deiscência de sutura ocorreu em 23 dos casos observados. Conforme a tabela V, a deiscência discreta foi a mais encontrada. Relacionando deiscência e infecção, de acordo com tabela VI, pode-se observar que quase todas as pacientes que apresentaram infecção tinham deiscência (91,5%). Isto sugere que a infecção é uma importante causa de deiscência. Sabe-se que os efeitos locais da infecção retardam a cicatrização da ferida e podem causar deiscência da mesma (COHN & BORNSIDE, 1985). Porém, dos 23 casos de deiscência, 13 apresentaram infecção, o que nos leva a procurar outras causas de deiscência.

Outros fatores que deveriam ser analisados por sua influência na presença destas complicações seriam: o estado nutricional da paciente, hábitos de higiene e cuidados locais com a ferida cirúrgica, material e técnicas utilizados, métodos de assepsia e antisepsia, contaminação, entre outros.

Segundo Gonçalves (1986), a deficiência proteica reduz a eficácia da cicatrização diminuindo o ritmo de desenvolvimento da resistência tênsil do tecido formado, causando deiscência

além de propiciar infecção, tornando importante a análise do estado nutricional das pacientes. Para isto seria mais confiável usar a avaliação laboratorial, já que a avaliação clínica é complexa e pode variar de acordo com a pessoa que a realiza, ficando sujeita a distorções (CARVALHO et alii, 1986).

A higiene e cuidados com a ferida são fatores de difícil avaliação. Rezende & Kanmitzer sugerem que a vulva e o períneo sejam lavados várias vezes ao dia, após micções e evacuações. Apesar de se ter conhecimento que as pacientes deste estudo receberam estas recomendações, sabe-se que elas têm baixo nível sócio-econômico e que muitas delas sequer têm banheiro ou água encanada. Seria necessário um outro estudo onde estas variáveis fossem melhor analisadas. Um exemplo é o trabalho realizado por Harrison (1984) onde são relacionados, entre outros aspectos, a presença de complicações com o número de banhos da paciente, no puerpério imediato.

Importante seria também analisar o material e técnicas utilizadas na episiotomia. Existem discussões quanto ao fio utilizado para a episiorrafia. Um estudo aprofundado de Isager-Sally et alii (1986) demonstra que há menor desconforto no pós-parto quando foi usado ácido poliglicólico. Outros trabalhos (GRANT, 1986; ROBERTS & HART, 1983) também afirmam ser este o fio de primeira escolha. Um outro fio recomendado é o categut cromado (REZENDE, 1982; GRANT, 1986; ISAGER-SALLY et alii, 1986; VARNER, 1986). Este fio tem um tempo de absorção variando em torno de 20 dias, portanto maior que o categut simples (em torno de oito dias), em virtude do tratamento com bicromato de potássio (TOLOSA et alii, 1986). O categut cromado produz menor reação em tecidos moles que o categut simples, provavelmente porque este tratamento (citado acima) possivelmente diminui os locais disponíveis para reação cruzada (PEACOCK, 1985). Uma sutura deve permanecer até cumprir seu objetivo, que é manter as bordas da lesão unidas até que se tenha resistência tensional adequada (PEACOCK, 1985). Em todas as pacientes deste estudo foi utilizado fio de categut simples para a episiorrafia.

Outra polêmica existente seria com relação à sutura da pele. Alguns autores indicam o uso de sutura intradérmica, já

que esta causaria menor desconforto no pós-parto (ISAGER-SALLY et alii, 1984; GRANT, 1986). Também são utilizados suturas com pontos de Donatti ou pontos simples separados (REZENDE, 1982). Apesar das discussões sobre materiais e técnicas utilizáveis para episiorrafia na prática diária de obstetrícia, deve-se considerar ainda o comentário de Grant (1986) onde afirma que a habilidade do cirurgião é tão importante quanto, ou talvez, mais importante que materiais e técnicas utilizados.

A dor perineal é uma queixa freqüente no pós-parto. Em uma revisão sobre esta queixa Harrison et alii (1987) citam que sua freqüência chega a 94% nas primeiras 48 horas após o parto e que dez dias após ainda está presente em 22,6% dos casos. Tem-se consciência de que a dor é um dado subjetivo e de difícil avaliação. Por ser muito freqüente, apesar da dificuldade para sua avaliação, não pode ser desprezada. No presente estudo, 22 pacientes relataram a presença deste sintoma (tabela VII). Observou-se também que quando presente, na maioria das vezes (71,7%) este sintoma estava associado a outras complicações (tabela VIII). Esta observação é válida principalmente quando a dor relatada era considerada importante. Em 86,7% dos casos de dor importante havia associação com complicações (tabela IX). A tabela X mostra que, quando a dor estava ausente, se existiam complicações estas eram discretas. Assim este sintoma pode ser um indicador para presença de complicações e portanto deve ser valorizado quando presente no pós-parto.

CONCLUSÕES

- As complicações relacionadas com a episiotomia são frequentes em nosso meio. As observadas foram infecção local e deiscência de sutura. Apesar de frequentes, entretanto, quando presentes não são graves.

- A infecção, quando presente, está relacionada com a deiscência, o que sugere ser esta uma das causas de deiscência. Porém, apenas metade dos casos de deiscência apresentaram infecção. Assim, existem outras causas de deiscência que devem ser investigadas.

- Observou-se que a dor quando presente é considerada importante pela paciente, pode ser um indicador da presença de complicações e por este motivo deve ser valorizada quando presente no pós-parto.

- Este estudo abordou complicações relacionadas com a episiotomia no puerpério imediato. Para avaliar incidência e, principalmente fatores relacionados com estas complicações sugere-se a realização de estudos mais específicos, que abordariam itens como:

- . reavaliação do uso do antibiótico profilático em partos contaminados e sua relação com o aparecimento de complicações.
- . o estado nutricional da paciente.
- . hábitos de higiene e cuidados com a ferida cirúrgica.
- . materiais e técnicas utilizados na episiotomia, sugerindo a comparação entre categut cromado e categut simples.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUEKENS, P.; LAGASSE, R.; DRAMAIX, M. & WOLLAST, E. Episiotomy and third degree tear. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 92: 820-823, 1985.
- CARVALHO, E.B. de; ANDRADE, E.G.; CARVALHO, F.B. de & DRUMMOND, M.C.F. Semiologia do estado nutricional. In.: LOPEZ, M. & MEDEIROS, J. de L. Semiologia médica. São Paulo, Parma, 1986. Cap. 7, p. 119-143.
- COHN, I. Jr. & BORNSIDE, G.H. Infecções. In.: SCHWARTZ, S.I. Princípios de cirurgia. 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985, v.1, cap. 5, p. 184-221.
- GASS, M.S.; DUNN, C. & STYS, S.J. Effect of episiotomy on the frequency of vaginal outlet lacerations. The Journal of Reproductive medicine, 31(4): 240-244. 1986.
- GONÇALVES, E.L. Ferimentos das partes moles e cicatrização. In.: GOFEL, F.S. Técnica cirúrgica - Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. R.J./S.P., Livraria Atheneu, 1986. Cap. 19, p.207-217.
- GRANT, A. Commentary. Repair of episiotomies and perineal tears. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 93: 417-419, 1986.
- HARRISON, R.F.; BRENNAN, M.; NORTH, P.M.; REED, J.V. & WICKHAM, B.A. Is routine episiotomy necessary? British Medical Journal, 288: 1971-75, 1984.

- HARRISON, R.F.; BRENNAN, M.; NORTH, P.M.; REED, J.V. & WICKHAM, B.A. A review of post-episiotomy pain and its treatment. Current Medical Research and Opinion, 10 (6): 359-362, 1987.
- ISAGER-SALLY, L.; LEGARTH, J.; JACOBSEN, B. & BOSTOFTE, E. Episiotomy repair-immediate and longterm sequelae. A prospective randomized study of three different methods of repair. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 93: 420-425, 1986.
- PEACOCK, E.R. Jr. Cicatrização das feridas e cuidados necessários. In.: SCHWARTZ, S.I. Princípios de cirurgia. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985, V.I, cap. 8, p. 324-350.
- PROLICO, Sérgio. Avaliação do uso de antibióticos em primíparas com episiotomia. Florianópolis, 1984. 19 p. (trabalho apresentado à Comissão de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra).
- REYNOLDS, J.L. & YUDKIN, P.L. Changes in the management of labour: 2. Perineal management. Canadian Medical Association Journal, 136: 1045-49, 1987.
- REZENDE, J. de. O parto. Estudo clínico e assistência. A - A dilatação e a expulsão. In.: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. Cap. 15, p. 298-311.
- REZENDE, J. de & KANMITZER, M. de B. O puerpério. In.: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. Cap. 18, p. 346-357.
- REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C.A.B. & SALVATORE, C.A. O puerpério patológico. B. Infecção puerperal. In.: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982, cap. 46, p. 929-931.
- ROBERTS, A.D.G. & HART, D.M. Polyglycolic acid and catgut sutures, with and without oral proteolytic enzymes in the healing of episiotomies. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 90: 650-653, 1983.
- SLEEP, J.; GRANT, A.; GARCIA, J.; ELBOURNE, D.; SPENCER, J. & CHALMERS, I. West berkshire perineal management trial. British

Medical Journal, 289: 587-590. 1984.

TOLOSA, Erasmo M.C. de; CARNEVALE, J. & SOUZA, J.A.Jr. Síntese cirúrgica. In.: GOFFI, F.S. Técnica cirúrgica - Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. R.J./S.P., Livraria Atheneu, 1986. Cap. 9, p. 81-91.

VARNER, M.W. Episiotomy: techniques and indications. Clinical Obstetrics and Gynecology, 29 (2): 309-317, 1986.

ANEXO I

SOLUÇÃO DE IODO AQUOSO

Utilizada como antisséptico no momento do período expulsivo.

Preparo da solução:

- . tintura de iodo 2% - 250 ml
- . água destilada - 5000 ml

ANEXO II

TIPOS DE DEISCÊNCIA

Deiscência discreta: quando compromete apenas pele, com extensão menor ou igual a 2,5cm.

Deiscência moderada: quando compromete apenas pele, com extensão maior que 2,5cm.

Deiscência importante: somando-se à moderada o comprometimento de mucosa, plano muscular e/ou tecido celular subcutâneo.

TCC
UFSC
TO
0218

Ex.1

Nº Cham. TCC UFSC TO 0218

Autor: Ternes, Maria de F

Título: Complicações da episiotomia no p



972808741

Ac. 254352

Ex.1 UFSC BSCCSM